



記入日  
年 月 日

フリガナ \_\_\_\_\_ 男・女  男  女 生年月日  
平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ ( )人 兄弟・姉妹の( )番目  
連絡先

日中連絡のつく電話番号( ) - -

どういうにして、この病院(小児科)をお知りになりましたか？ 当てはまる項目を○で囲んで下さい。

紹介( )さんより  家から近い  家族が太秦病院・診療所にかかっている

看板を見た  ホームページを見た  近くを通りかかって知っていた

クチコミサイトを見た  うわさを聞いた  その他( )

お子さんについてお聞きします。 当てはまる項目を○で囲んで下さい。

生まれた時はどうでしたか？

正常  早産( 週)  吸引分娩  帝王切開

黄疸治療をした  その他( )

出生体重 \_\_\_\_\_ g

今までにかかった病気・または 現在治療中の病気があれば教えてください。

突発性発疹  はしか  風疹  おたふくかぜ  水ぼうそう

川崎病  熱性けいれん( 才ごろ)  てんかん

喘息  アトピー性皮膚炎  アレルギー性鼻炎

現在 内服しているお薬はありますか？  
( )

アレルギーについてお尋ねします。

食品 {  たまご  乳製品  小麦  大豆  その他( ) }

お薬( )

その他 ( )

予防接種についておたずねします。

B型肝炎予防ワクチン(生後~いつでも)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回(完了)
ロタウイルスワクチン(1.5ヶ月~6ヶ月未満)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回(完了)	
ヒブワクチン(2ヶ月~5歳未満)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 完了している	<input type="checkbox"/> 接種中 ( 回目まで済)	
肺炎球菌ワクチン(2ヶ月~5歳未満)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 完了している	<input type="checkbox"/> 接種中 ( 回目まで済)	
三種混合ワクチン(3ヶ月~7.5歳未満)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加(完了)
ポリオワクチン(3ヶ月~7.5歳未満)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加(完了)
はしか風疹ワクチン (1歳)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済		
(年長さん)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済		
日本脳炎ワクチン (I期標準 3歳から7歳半)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 追加
(II期9歳~13歳未満)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済(完了)		
おたふくかぜワクチン(1歳~いつでも)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	
水ぼうそうワクチン(1歳~いつでも)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	
子宮頸がんワクチン(小学6年生~高校1年生)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回(完了)

ご協力ありがとうございました。